

Marcela Schenck 

Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico*

Generic-sexual diversity incorporation in health care: theoretical keys for an analytical model

Incorporação da diversidade genérica-sexual em saúde: chaves teóricas para um modelo analítico

Resumen: En este trabajo se analizan los desafíos que presenta la incorporación del enfoque de diversidad sexual y de género en una política sectorial, la política sanitaria, desde una perspectiva que implica transversalizar dicho enfoque en las principales dimensiones asociadas a los conceptos centrales con los que se construye universalidad e integralidad en esta arena de política. Para ello, el artículo comprende cuatro secciones. En la primera se ofrece una introducción general sobre el tema. En la segunda sección se abordan cambios y reconfiguraciones sustantivas que implicaron un cuestionamiento de las bases de legitimidad de las políticas universalistas del bienestar; al problematizar asuntos que, hasta entrado el siglo XX, eran invisibilizados por la política pública. En la tercera se profundiza sobre la inclusión de la perspectiva de la diversidad genérico-sexual en salud. Allí se realiza una revisión crítica de la literatura sobre sistemas de salud y políticas sanitarias, así como se profundiza sobre la literatura que se enfoca en introducir la perspectiva de la diversidad sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias, para posteriormente abordar el enfoque del mainstream de género, explorando su potencialidad analítica para el estudio de la incorporación de la perspectiva de diversidad genérico-sexual en el ámbito de la política sanitaria y de los sistemas de salud. El artículo concluye con una sección en la que se ofrece un modelo teórico propio de transversalización de la pers-

 Licenciada y magíster en Ciencia Política (FCS, UdelaR), con Diploma de Posgrado en Género y Políticas Públicas (FCS, Udelar). Es Doctoranda del Programa de Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas (Universidades de Barcelona, Autónoma de Barcelona, Girona, Rovira i Virgili y Vic-Central de Catalunya). Es docente e investigadora en la Universidad de la República, en las facultades de Derecho, Medicina y Ciencias Sociales.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-8526-3736>

 marcela.schenck@gmail.com

*Este trabajo forma parte del desarrollo de la tesis de Maestría de la autora y ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas.

Revista de la Facultad de Derecho, (45), 2018, e20184512

DOI:10.22187/rfd2018n45a12

ISSN 0797-8316 / eISSN 2301-0665

pectiva de diversidad genérico-sexual en conceptos clave de la política sanitaria.

Palabras clave: Política sanitaria, Diversidad genérico-sexual, Primer nivel de atención, Universalidad, Mainstream de género.

Abstract: This paper analyzes the challenges presented by the incorporation of the sexual and gender diversity approach in health policy, from a perspective that implies mainstreaming this approach in the core dimensions associated with the concepts with which universality and comprehensiveness is built in that policy. The paper includes four sections: in the first one, an introduction is made. The second one offers a description about changes and substantive reconfigurations that implied questioning the legitimacy of the universalist policies. The third section deepens on the inclusion of the perspective of gender and sexual diversity in health policy, for which a critical review of the literature on health systems and health policies is carried out, as well as an in-depth study of the literature that focuses on introduction of the perspective of sexual diversity in the analysis of health systems and health policies. Subsequently the gender mainstream approach is addressed, exploring its analytical potential for the study of the incorporation of the gender-sexual diversity perspective in the scope of health policy and health systems. The paper concludes with a section in which a theoretical model of how to mainstream the gender-sexual diversity perspective in key concepts of health policy is offered.

Keywords: Health policy, Sexual and gender diversity, Basic health care, Universality, gender mainstreaming.

Resumo: Este artigo analisa os desafios apresentados pela incorporação da abordagem da diversidade sexual e de gênero em uma política setorial, política de saúde, de uma perspectiva que implica integrar essa abordagem nas principais dimensões associadas aos conceitos centrais com os quais ela é construída universalidade e abrangência na referida política. Para isso, o artigo inclui quatro seções: no primeiro, é oferecida uma introdução geral sobre o assunto. O segundo aprofunda em mudanças e reconfigurações substantivas que implicam um questionamento das bases da legitimidade das políticas universalistas de bem-estar (problematizando questões que, até o século 20, tornaram-se invisíveis pelas políticas públicas). Na terceira seção, aprofundamos a inclusão da perspectiva da diversidade sexual na saúde. Lá, é realizada uma revisão crítica da literatura sobre sistemas de saúde e políticas de saúde, bem como um estudo aprofundado da literatura que se concentra na introdução da perspectiva da diversidade sexual na análise de sistemas de saúde e políticas de saúde. mais tarde, abordar a abordagem geral de gênero, explorando seu potencial analítico para o estudo da incorporação da perspectiva de diversidade gênero-sexual no campo da política de saúde e dos sistemas de saúde. O artigo conclui com uma seção em que é oferecido um modelo teórico de integração da perspectiva de diversidade de gênero e sexual em conceitos-chave de política de saúde.

Palavras-chave: Política de saúde, Diversidade sexual e de gênero, Cuidados de saúde básicos, Universalidade, gender mainstreaming.

Agradecimientos: a Niki Johnson y Gabriel Barrero por sus valiosos comentarios sobre una versión previa de este artículo.

Recibido: 20180529

Aceptado: 20180623

Introducción

En términos generales, tanto la incorporación del enfoque de género como el de diversidad genérico-sexual han permitido forjar un marco de análisis que brinda herramientas para desentrañar relaciones de poder que naturalizan asimetrías. El primer enfoque estudia, principalmente, cómo las diferencias entre mujeres y varones, al pasar por el tamiz de nuestra cultura y de nuestro tiempo, se manifiestan como desigualdades en el acceso a oportunidades y derechos que privilegian a lo masculino por sobre lo femenino (Scott, 1996; Saltzman, 1992). El segundo, complejizando aún más esta mirada, al introducir nuevas aristas de desigualdad.

Así, el enfoque analítico que incorpora la diversidad genérico-sexual ha permitido visibilizar las inequidades que se producen respecto a las identidades y expresiones de género que no se comportan de acuerdo con la heteronormatividad (Warner, 1991), que ve a la heterosexualidad y a la forma estereotípica de comportarse de acuerdo a los modelos hegemónicos de expresión del género como las únicas formas viables, “válidas”, de sexualidad. Se ha señalado que el heterocentrismo (Rich, 1980) tiene un papel muy importante en los procesos de salud-enfermedad de las personas que se identifican como gays¹, lesbianas², bisexuales³ y trans⁴, ya que la discriminación que estas personas pueden haber experimentado en el sistema de salud se erige como una barrera que les impide acceder a los servicios sanitarios y contribuye al agravamiento de problemas de salud, dado que las y los usuarios recurren al sistema como “último recurso” una vez que un problema está instalado (Rocha, 2009). En el caso de las personas intersex⁵, si bien es el menos abordado y está comenzando a visibilizarse muy recientemente⁶, se ha señalado que existe un vínculo problemático con el sistema de salud dado que se ha denunciado que se le practican a estas personas cirugías “cosméticas” para adecuar su cuerpo al estándar dominante de lo que se considera un cuerpo masculino o femenino: estos procedimientos, coaccionados e irreversibles, constituyen “una práctica estándar en los países de América” (CIDH, 2015, 14). Asimismo, se ha denunciado que las personas intersex pueden experi-

mentar sometimiento excesivo a exámenes médicos, fotografías y exposición de genitales, negación de servicios, entre otras violaciones de derechos⁷.

De esta forma, las y los usuarios LGTBI⁸ (sigla que surge del reconocimiento de las experiencias comunes de discriminación y exclusión que -a pesar de su gran heterogeneidad en términos de otros factores como pertenencia a una etnia o raza, nivel socioeconómico, edad, etc.- experimenta esta población) pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida. Por ello, se ha señalado la importancia de incorporar la perspectiva de diversidad sexual desde el primer nivel de atención (Bertone, et al., 2012; Sempol, et al., 2016), para que las instituciones sanitarias sean verdaderamente receptivas y no un ámbito que al reproducir la violencia, genere mecanismos de expulsión y re vulnerabilización.

El incorporar una perspectiva de diversidad en el abordaje sanitario está en consonancia con las consideraciones internacionales sobre la noción de integralidad en salud desde una perspectiva de derechos, que ha incorporado específicamente a la salud sexual y reproductiva y a la no discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género (Observación General N° 14 y N° 20 del Comité Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas). En este marco, es ineludible la referencia a los “Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género”⁹, un instrumento que establece pautas para que las Naciones Unidas y los gobiernos avancen hacia garantizar el alcance universal de las protecciones a los derechos humanos. Allí se establece el derecho al disfrute de la salud (Principio 17) y a la protección contra abusos médicos (Principio 18)¹⁰. También de modo reciente en la región, en 2013 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso potencial y la utilización de los servicios de salud por parte de personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (documento CD52/18), señalando que el acceso universal requiere abordar los obstáculos políticos, socioculturales e históricos a la atención en salud de quienes integran grupos poblacionales estigmatizados. En ese sentido se insta a los Estados miembro de OPS a:

(...) otorgar prioridad a promover el acceso igualitario a los servicios de salud en las políticas, los planes y la legislación, y considerar la posi-

bilidad de elaborar y fortalecer políticas integrales universales de protección social, incluida la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención de salud, y de promover la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar y el acceso a ellos, teniendo en cuenta el estigma, la discriminación y la persecución que experimentan los integrantes de la comunidad LGBT. (OPS, 2013, 77)

Bajo este contexto, en el presente artículo se analizan los desafíos que presenta la incorporación del enfoque de diversidad sexual y de género en la política sanitaria, desde una perspectiva que implica transversalizar dicho enfoque en las principales dimensiones asociadas a los conceptos centrales con los que se construye universalidad e integralidad en dicha política.

Para cumplir con ello, en la próxima sección, se ofrece una introducción sobre cambios y reconfiguraciones sustantivas que se dieron en el plano en el que se inscribe este trabajo, que implican un cuestionamiento de las bases de legitimidad de las políticas universalistas del bienestar al traer a la “luz del ágora” asuntos que, hasta entrado el siglo XX, eran invisibilizados por la política pública. Esta sección se subdivide en tres apartados: la dimensión pública de lo privado, la universalidad excluyente y la resignificación de discursos estigmatizantes.

En la tercera sección se profundiza sobre la inclusión de la perspectiva de la diversidad genérico-sexual en salud. Esta sección presenta tres apartados: en el primero, se realiza una revisión crítica de la literatura sobre sistemas de salud y políticas sanitarias, particularmente de aquella que se ampara desde un marco discursivo garantista de derechos. En el segundo se profundiza sobre la literatura que se enfoca en introducir la perspectiva de la diversidad sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias, retomando parte del análisis crítico de dicha literatura sobre los conceptos reseñados en el apartado anterior. A continuación, se aborda el enfoque del *mainstream de género* en el apartado tres, explorando su potencialidad analítica para el estudio de la incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en el ámbito de la política sanitaria y de los sistemas de salud.

El artículo finaliza con una sección en la que se ofrece un modelo teórico propio de transversalización de la perspectiva de diversidad genérico-sexual en conceptos clave de la política sanitaria.

Sobre la dimensión pública de lo privado, la universalidad excluyente y la resignificación de discursos estigmatizantes: algunas claves teóricas

a. La dimensión pública de lo privado

Más allá de sus diferentes tipos y adaptaciones, en términos teóricos, la política pública puede definirse como aquel conjunto de acciones (o inacciones) gubernamentales que se vinculan con problemas públicos (Kraft y Furlong, 2006). Siguiendo a Aguilar Villanueva (1993, 10), puede indicarse que estas acciones no son “(...) la gran decisión instantánea en la cúspide del Estado, sino un proceso, una serie compleja de decisiones, en la que se entremezclan las iniciativas de las organizaciones sociales y las de las instancias gubernamentales”.

Estas definiciones hacen foco en dos dimensiones clave de las políticas públicas: primero, su carácter público; y, segundo, los modos de incidencia en la fijación de agenda.

Respecto a lo primero, debe indicarse que hasta entrado el siglo XX, los temas vinculados a la diversidad sexual tuvieron la particularidad de ser definidos como íntimos, personales y privados (Fish, 2007). Ello los conceptualizaba como asuntos que escapaban a la luminosidad de la esfera pública y que por tanto se configuraban como “apolíticos”, al igual que ocurrió con los temas que problematizaría (y politizaría) la perspectiva de género.

Sin embargo, en el último cuarto del siglo XX, cobraron visibilidad las luchas a favor del reconocimiento de la diferencia en occidente (Honnet, 2007). Éstas situaron el eje de la acción colectiva en torno a reclamos identitarios, dotando de sentido político a temas hasta entonces invisibilizados en la arena pública:

Durante las décadas de 1970 y 1980, las luchas a favor del ‘reconocimiento de la diferencia’ parecían estar cargadas con la promesa de la emancipación. Muchas de las personas que se agruparon en torno a las

banderas de la sexualidad, el género, la etnicidad y la ‘raza’ no sólo aspiraban a afirmar identidades hasta el momento negadas, sino a incorporar, además, una dimensión lateral más rica a las batallas en torno a la redistribución de la riqueza y del poder. Con el cambio de siglo, las cuestiones relativas al reconocimiento y la identidad se han hecho aún más centrales (...) (Fraser, 2000, 55).

Es importante indicar que, desde un marco postestructuralista (Foucault, 1995), esta “identidad” no era esencializada sino que se la consideraba como un constructo que cristaliza una determinada configuración de poder en una sociedad.

La emergencia de esta arena de conflicto se vincula directamente con el segundo punto antes mencionado respecto a la fijación de agenda, y al cambio de paradigma concerniente a qué es considerado un asunto de interés público. En términos generales, la noción de agenda refiere a un conjunto de asuntos que en un determinado momento están presentes en la discusión pública, política o gubernamental (Elder y Cobb, 1993; Kingdon, 1995). Por su parte, la formación de agenda refiere al proceso de toma de decisiones mediante el que los actores sociales definen cuáles son los problemas a priorizar y cómo captan la atención de los actores políticos, pudiendo originar una política pública para darles solución (ídem). Definir un problema es, según Elder y Cobb,

(...) seleccionar y destacar ciertas realidades y hacer valoraciones sobre ellas (...) los hechos que se consideran relevantes dependen necesariamente del marco de referencia y de las teorías implícitas de las personas que evalúan la situación (...) (1993, 91).

Si bien analizar las estrategias para insertar temas en la agenda no es el objetivo de este trabajo, se busca ilustrar aquí que el nuevo marco interpretativo que introducían estos actores problematizaba ámbitos que eran considerados ajenos a la política pública (“lo personal es político”, en términos de la consigna histórica del movimiento feminista). Asimismo, ponía énfasis en un déficit democrático en el abordaje tradicional sobre la ciudadanía (Plummer, 1995; Weeks, 1998), ya que denunciaba que ese “estatus de igualdad” que constituía la base de legitimidad de las políticas universales de bienestar (Marshall, 1998) había sido una construcción excluyente.

b. La universalidad excluyente

Definiciones como la de “ciudadanía íntima” (Plummer, 1995) o “ciudadanía sexual” (Weeks, 1998) han intentado caracterizar estos cambios, incluyendo una nueva esfera a las teorizadas clásicamente por Marshall (civil, política y social). Esta nueva esfera liga elementos asociados a la intimidad a la concepción de ciudadanía, señalando que en torno a la sexualidad emerge un nuevo eje de inclusión y exclusión. Siguiendo a Butler (2001), puede indicarse que las propias categorías identitarias son performativas, produciendo identidad a través de un efecto dual de restricción y producción de subjetividades. En este efecto dual, las normas sociales dan vida a los sujetos pero los oprimen al mismo tiempo: como afirman Coll-Planas y Missé, “la necesidad de pertenecer a la sociedad implica tratar de reconocerse y de ser reconocido en sus categorías”, donde la misma noción de lo humano “está presa por categorías como el género” y es impensable una persona sin un género identificable (Coll-Planas y Missé, 2015, 38).

De esta forma, se ha resaltado que la construcción tradicional de la ciudadanía y de las políticas públicas entrañaba supuestos heteronormativos, donde todo lo que no era asociado a la heterosexualidad era inmediatamente considerado una desviación y por tanto rechazado, silenciado o estigmatizado. Ello es particularmente problemático si se vincula con las construcciones asociadas a las políticas del bienestar, que tienen en el carácter universal a uno de sus pilares conceptuales. Como señala Fish,

Los conceptos de privacidad y heteronormatividad (...) sirvieron para excluir a las personas LGB del bienestar. Además, los discursos sociales y políticos suponían que las personas LGB no experimentaban discriminación. Debido a este contexto, muchas personas LGB han sido reuentes a revelar su orientación sexual a los profesionales y son usuarios invisibles de los servicios de salud y servicios sociales¹¹ (...) (Fish, 2007, 224).

Así, el incorporar la perspectiva de diversidad sexual en el análisis de las políticas públicas dejaba al descubierto una dimensión hasta entonces ignorada, poniendo el foco en nuevas formas de vulnerabilidad no solo desatendidas, sino también reproducidas desde las propias políticas. Desde un discurso que veía a la heterosexualidad como la única forma de vivir la se-

xualidad y que universalizaba formas heteronormativas de identidad de género, la discriminación dejaba de ser un evento aislado o de responsabilidad individual y se institucionalizaba como práctica. Retomando a Fish (2007), puede indicarse que estos supuestos heteronormativos tuvieron consecuencias muy concretas sobre las personas no comprendidas “dentro del universal”, limitando su acceso a políticas sanitarias en general y de planificación familiar, de adopción, y a prestaciones sociales asociadas a un ideal de familia en cuya base debe estar una pareja heterosexual, entre otras.

Se trata de una “ideología de la heterosexualidad” (Mulé, et al., 2009), que se manifiesta en la política como un sistema institucionalizado que la normaliza y naturaliza.

La ideología de la heterosexualidad promueve la no especificidad, o más bien un ‘no nombrar’ dentro de la política social que parece incluir a todos, pero que, de hecho, excluye las vidas diversas genérica y sexualmente (...) La política pública desarrollada en este clima de homo-negatividad implícitamente normaliza y naturaliza la heterosexualidad, dando lugar a un proceso circular donde continúa la invisibilidad de las necesidades de aquellas personas diversas genérica y sexualmente (...) (Mulé, et al. 2009, s/p¹²).

Como indica Sempol (2013b), es la visibilización de la dimensión política de la sexualidad la que rebate la clásica división entre lo público y lo privado, y al llevarla al espacio público busca:

(...) combatir las formas sociales de exclusión, manifestar la diferencia, y volver a la sociedad más inclusiva, al mismo tiempo que critica los discursos tradicionales de ciudadanía (hasta este momento centrados en lo civil político, o en lo social económico), intentando incluir no solo los problemas asociados a la clase social y el género, sino al par heterosexualidad y homosexualidad. El reclamo es de inclusión, de aceptación de la diversidad, y busca por ello la protección jurídica y la justicia sexual, mediante la redefinición de la parentalidad, el status, las formas de educación formal y la organización del empleo, el sistema de previsión social, y la propia institución del matrimonio. Aparece así toda una nueva agenda política, y puntos de fricción, que desnudan estas formas de dominación social y de construcción de la desigualdad

hasta ahora naturalizadas e invisibilizadas (Sempol, 2013b, 11).

c. La resignificación de discursos estigmatizantes

Los procesos de estigma social, tempranamente estudiados por Goffman (1963) para caracterizar las reacciones de rechazo frente a lo que se percibe como una amenaza a “la identidad normal”, presentan un marco interpretativo particular al ser afrontados desde el discurso que se construye en el plano sanitario.

Así, el abordar la perspectiva de la diversidad específicamente en el marco de la política sanitaria cobra especial relevancia debido a la importancia que históricamente han tenido las instituciones ligadas a la salud en el mantenimiento de la heteronormatividad. El vínculo entre los procesos de medicalización asociados a la modernidad y la patologización de la otredad ha sido extensamente estudiado, siendo una de las claves de los mecanismos de biopoder que caracterizan a la medicina como una institución moral de control social desde la teoría foucaultiana (Foucault, 1995). Como señalan Cáceres, et al. (2013),

Durante la primera mitad del siglo XIX, la naciente medicina moderna se preocupó por regular mejor el campo de la sexualidad normal, lo que algunos interpretan como una necesidad planteada por la revolución industrial. Esta sexualidad normal fue definida como una práctica heterosexual conyugal enfocada en la reproducción (y definida por la penetración vaginal casi exclusivamente). Otras prácticas heterosexuales, así como las prácticas homosexuales y autoeróticas, fueron etiquetadas como psicopatías sexuales y se plantearon tratamientos para ellas, dado que no eran vistas como prácticas elegidas sino como expresiones de alguna enfermedad mental (...) (Cáceres, et al., 2013, 700).

Si bien durante el siglo XX y el XXI surgieron diferencias importantes dentro de esta visión medicalizada de la sexualidad, la disputa por el sentido y la despatologización se extiende hasta nuestros días. De hecho, la forma de nombrar a las categorías identitarias no heterosexuales tiene un fuerte origen en el discurso médico y médico-psiquiátrico. El propio término “homosexual” designaba hasta 1973 una patología en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (o DSM, por su sigla en inglés) de la

Asociación Psiquiátrica Estadounidense y hasta 1990 se clasificaba a la homosexualidad como patológica en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. También las identidades de género que no se comportan de acuerdo a lo esperado por el modelo heteronormativo (es decir, que expresan una identidad que difiere del sexo asignado al nacer) han sido y son patologizadas, siendo catalogadas aún hoy como enfermedades mentales en la décima versión de la clasificación CIE y problematizadas como “disforia de género” en la última edición del DSM (DSM V). No obstante, ello está en revisión actualmente: la OMS está realizando consultas con expertos para establecer su despatologización en la próxima edición del CIE en 2018 (OMS, 2016), lo que refleja las tensiones que se expresan a la interna del discurso médico en torno a estos temas, así como la emergencia de nuevos discursos que ya no asocian a la identidad trans con un trastorno mental en sí misma sino que ponen el énfasis en las situaciones de discriminación y exclusión que viven las personas trans como la explicación de los problemas que experimentan.

Sin embargo, se ha indicado que incluso en discursos sanitarios que adhieren a la despatologización de las identidades trans y de las orientaciones no heterosexuales, aún persiste un enfoque que acentúa el déficit, visualizando la salud de la población LGTB predominantemente vinculada a enfermedades puntuales (haciendo énfasis en las de transmisión sexual en general y al VIH en particular). Como argumentan algunos autores (Colpitts y Gahagan, 2016; Mulé, et al., 2009), ello no solo puede impedir ver a la salud en su integralidad sino que construye a la población LGTB (y particularmente a algunas de sus identidades) como “población de riesgo”, acentuando las percepciones negativas sobre la misma.

Además de los ya referidos cambios a la interna del propio discurso médico y médico-psiquiátrico, en este plano debe resaltarse una vez más el rol de los movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil que actúan en el plano de la diversidad. Estos actores han sido claves en la promoción de enfoques alternativos, denunciando la estigmatización latente en las categorías clasificatorias de la alteridad y reapropiándose a su vez de las mismas para generar nuevos sentidos¹³. Ello se inscribe en los procesos más amplios de resignificación de las funciones de los sistemas sanitarios y de los actores que los integran, aunque las conceptualizaciones tradicionales asociadas a la atención y al rol de la medicina como institución predominante y “voz auto-

rizada” en la interpretación de los procesos de salud-enfermedad (Zola, 1981) siguen teniendo amplia vigencia en la actualidad.

De la invisibilidad a la inclusión: explicar el cambio en la política sanitaria

En la sección anterior, de forma muy general, se intentó dar cuenta de cambios y reconfiguraciones sustantivas que se dieron en el plano en el que se inscribe este trabajo. Desde la ciencia política, es muy extensa la literatura que se ha preocupado por entender el cambio en los regímenes de bienestar en general y en distintas políticas sectoriales en particular, ya sea intentando explicar las diferencias en las iniciativas adoptadas en clave comparada entre distintos regímenes institucionales, como los distintos factores que habilitan el cambio internamente en un contexto específico (Hall, 1993; Steinmo y Watts, 1995; Kingdon, 1995, Pierson, 2000, Mahoney, 2000, entre otros). A grandes rasgos, se podría sintetizar que el interés de la literatura del cambio institucional se ha centrado en explicar por qué se produce el cambio y de qué tipo de cambio se trata (por ejemplo, si se trata de procesos de cambio abrupto o gradual), analizando sus resultados a partir de dicha caracterización (Streek y Thelen, 2005; Mohoney y Thelen, 2010).

Sin embargo, en el presente trabajo el foco no se centra en el interés selectivo de las teorías del cambio institucional reseñadas sino que se busca estudiar en profundidad el modelo que persigue esta estrategia en relación a la incorporación de la perspectiva de la diversidad genérico-sexual, abordando sus alcances y limitaciones desde una mirada que integra la complejidad que implica “transversalizar” esta perspectiva en todas las capas de implementación de una política.

Ello lleva, en primer lugar, a una revisión crítica de la literatura sobre sistemas de salud y políticas sanitarias, que retoma particularmente aquella que se ampara desde un marco discursivo garantista de derechos, a la luz de lo señalado en la sección anterior. En segundo lugar, se profundizará sobre la literatura que se enfoca en introducir la perspectiva de la diversidad sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias, retomando parte del análisis crítico de dicha literatura sobre los conceptos reseñados anteriormente. Por último, se abordará el enfoque del *mainstream de género*, explorando su potencialidad analítica para el estudio de la incorporación de

la perspectiva de diversidad genérico-sexual en el ámbito de la política sanitaria y los sistemas de salud.

a. Revisión crítica de los conceptos clave asociados a la política sanitaria que busca garantizar el derecho a la salud

Como señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un potencial objetivo de los sistemas sanitarios es lograr el acceso y cobertura universal en salud, para alcanzar sistemas equitativos basados en derechos¹⁴. En este punto, se define al sistema de salud como el “conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva” (Giovanella, et al., 2012, 21). Algunos de los componentes fundamentales que cita la literatura sobre la política sanitaria refieren tanto al financiamiento como a la organización de dicho sistema, pero debido al interés de este trabajo, será su fundamento discursivo amparado en el enfoque de garantizar el derecho a la salud el que se aborde a continuación. En este marco, se identifican cuatro conceptos clave que aborda la política sanitaria: i. cobertura; ii. acceso; iii. equidad; e iv. integralidad.

La “cobertura de salud” se define como “la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población” (OPS, 2014, 6) e incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnología y financiamiento. Por su parte, “acceso universal” se define como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género” en el plano sanitario (OPS, 2014, 6), y se alcanza precisamente a través de la eliminación de estas barreras. En este sentido, según la OPS la cobertura y el acceso universal sientan las bases para asegurar el bienestar y la equidad en salud. En cuanto a la “equidad en salud”, se define como “la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables” (OPS, 2014, 6), reconociéndose que tanto el género, como la etnia, edad o condición socioeconómica pueden relacionarse con la inequidad en salud. La atención integral refiere a la capacidad de atender la salud y resolver los problemas asociados a ésta, y comprende tanto la promoción como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento oportuno y la rehabilitación. En este marco, la “integralidad” refiere a:

(...) acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica o lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios (...) (OPS, 2014, 6).

En base a lo antedicho, se observa que estos cuatro conceptos están interrelacionados y que todos ellos aportan a asegurar el derecho universal a la salud a través de la política sanitaria; de hecho, la descripción de cada concepto es tan amplia que podría contener elementos asociados con los restantes, lo cual hace difícil su operacionalización. Del mismo modo, la literatura académica sobre sistemas de salud refleja esta multidimensionalidad y amplitud de cada uno de los conceptos reseñados desde la perspectiva de la OPS, ya que también en la academia existe falta de claridad y consenso sobre lo que cada uno concretamente implica. Ello ha sido identificado como un problema para la operacionalización y medición de estos conceptos (Levesque, Harris y Grant, 2013). No obstante, en la literatura existe una tendencia a tomar uno de estos conceptos (cobertura) como subdimensión de otro (acceso), a la vez que se toma a la equidad como un supuesto ético para interpretar el acceso.

Se observa que existe una extensa discusión teórica particularmente en torno al concepto de acceso, que se tomará como base para intentar avanzar en la diferenciación de los distintos conceptos y dimensiones. En un trabajo germinal sobre el acceso, Aday y Andersen (1975) señalan que el concepto refiere a la entrada o no en el sistema de aquellos que necesitan atención en salud. En ese sentido, “tener acceso” refiere tanto al potencial de utilizar un servicio si se lo requiere (disponibilidad o acceso potencial) como a lo que refiere al proceso de utilizarlo en sí (obtención de acceso). Esta diferenciación realizada por los autores es muy útil para distinguir dos dimensiones asociadas al concepto de acceso: a. Disponibilidad potencial de servicios, y b. Utilización de servicios y barreras en el acceso.

En cuanto a la primera, puede señalarse que tener acceso potencial a los servicios de salud requiere de una adecuada oferta de servicios que esté disponible para la población (es decir, la noción de “cobertura” en la definición de la OPS). En este plano, el acceso se relaciona con la oportunidad de obtener atención sanitaria cuando se la requiere. Como indica Mooney (1983), de

esta forma la equidad en el acceso se traduce como igualdad de oportunidades; “(...) el tema de si la oportunidad se pone o no en práctica no es relevante para la equidad definida en términos de acceso” (1983, 182).

Sin embargo, como señalan Gulliford, Figueroa-Muñoz y Morgan (2003, 5),

La disponibilidad de servicios puede resultar una medida limitada para conceptualizar el acceso a los servicios de salud. Un grupo poblacional que requiere atención en salud puede tener acceso a dichos servicios pero sin embargo encontrar dificultades al utilizar esos servicios. En otras palabras, el acceso potencial puede no implementarse (...)

En este sentido, entra en juego la segunda dimensión reseñada. Como señalan Pechansky y Thomas (1981), el concepto de acceso refiere de esta forma al grado en que los sistemas de salud pueden adaptarse a las/los usuarios. Así, los autores ampliaron el concepto de acceso más allá de medir la disponibilidad de servicios, e incluyeron las barreras personales, organizacionales y financieras para que sean efectivamente utilizados.

Como indican Levesque, Harris y Grant (2013) el acceso se percibe por lo general como un atributo predominante de los servicios y se determina por factores como la disponibilidad, el precio y la calidad de los servicios sanitarios. En la base de esta percepción podría estar la presunción de que es precisamente la política sanitaria la que puede influir sobre el acceso. Por otra parte, los autores indican que la utilización se emplea como proxy del acceso, y en ésta influyen la oferta y la demanda de servicios, incluyendo atributos individuales de las/los usuarios. En este punto, el énfasis de si la utilización depende mayormente de las y los usuarios o de las propias características del servicio varía en la literatura: según Harris (2013), en los países de renta alta, la figura de usuario/a del sistema se asemeja a la de “cliente” de un servicio, poniendo la mayor responsabilidad sobre sus capacidades individuales para obtener la atención que requiere. Sin embargo, en los países de renta baja o media, el obtener una adecuada atención en salud se vincula más con la responsabilidad del sistema en la implementación de la política sanitaria.

En esta discusión, la equidad no solo se asocia al punto *a* (disponibilidad potencial de servicios) como podía desprenderse de la conceptualización de

Mooney, sino también al punto *b* (utilización de servicios y barreras en el acceso). Así, Gulliford, Figueroa-Muñoz y Morgan (2003) indican que mientras que la preocupación porque los recursos de atención sanitaria cubran las necesidades de diferentes grupos poblacionales es central para el concepto de acceso, el de equidad introduce la noción de justicia social asociada al acceso. Al igual que el concepto de acceso, la equidad en salud también es un concepto amplio y multidimensional,

(...) compuesto por aspectos relacionados con lograr la buena salud a través de procesos, que no solo tengan que ver con la distribución de la atención sanitaria, sino también con la justicia social y total ausencia de discriminación en la prestación de esa asistencia (...) (Mendoza Parra, 2016, 2).

En las primeras definiciones sobre la equidad, se la asociaba fuertemente a factores socioeconómicos y a atenuar las diferencias asociadas a los ingresos de las/los usuarios. En este punto, Daniels (1982) argumenta que las conceptualizaciones de equidad eran en realidad formas “disfrazadas” de discutir principios de justicia distributiva en la salud. Sin embargo, ello se ha complejizado en la actualidad, reconociendo que otras diferencias sociales (factores relacionados a la estructura social como por ejemplo los étnico-raciales, pero también creencias sobre la salud asociadas a diferencias educativas, etc.) pueden traducirse asimismo como inequidades en el plano sanitario (Harris, 2013).

En cuanto a la integralidad, si bien es un concepto menos destacado por la literatura que los anteriores, con éste se apunta al rol de los servicios de salud en la provisión de una atención que no sea fragmentada, fortaleciendo a su vez la mirada sistémica sobre la salud. Así, la noción de integralidad está orientada a que los servicios de salud:

(...) conciban el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad, es decir, desde la persona como un ser biopsicosocial, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí, la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa y no separada (...) (Giovanella, et al., 2012, 200, 201).

Al analizar críticamente la literatura tradicional que aborda los sistemas de salud y la política sanitaria a nivel macro desde la ciencia política, se observa que la conceptualización de nociones como acceso, cobertura y equidad desde un paradigma universalista no contempla las discusiones introducidas en la sección anterior sobre el carácter excluyente del abordaje tradicional de las políticas de bienestar, y reproduce una idea abstracta de usuario/a del sistema aún si se enmarca dentro de una perspectiva de derechos sociales. También desde la literatura más amplia que se especializa en sistemas de salud, cuando existe una mirada sobre la justicia asociada a los sistemas sanitarios, las inequidades resultantes de la interpretación desvalorizada de las diferencias sociales se relacionan con diversidades que no incluyen la perspectiva de la diversidad genérico-sexual.

Según Colpitts y Gahagan (2016), las necesidades de salud de la población que se identifica como no heterosexual o cuya identidad de género es distinta a su sexo asignado al nacer han sido históricamente entendidas a través de una lente heteronormativa de género binario. Esto ha hecho que las necesidades y experiencias de salud de estas poblaciones sean invisibles tanto dentro de los sistemas de salud convencionales, como de los datos que se relevan sobre salud y de la política sanitaria en general. De acuerdo con las autoras, de esta forma “se ha borrado” a las poblaciones LGTB de las políticas de salud, sin reconocer la discriminación y estigma significativos que enfrentan dentro de los sistemas de atención en salud basados en marcos heteronormativos. Esta discriminación -tanto se manifieste desde la invisibilización como desde la negación explícita- se analiza en términos institucionales y se relaciona con la homo-lesbo-bi-transfobia, entendiendo a ésta como una respuesta negativa basada en estereotipos acerca de las relaciones entre personas del mismo sexo y/o con identidades no heteronormativas (Toro, 2012)¹⁵. Tanto de modo individual como a nivel del sistema de salud, los efectos de la discriminación comprometen el bienestar de las poblaciones diversas genérica y sexualmente. De hecho, Mulé, et al. (2009) señalan que hay pautas de salud y enfermedad específicas para las personas LGTBI, algunas de las cuales pueden ser resultado de la marginación y discriminación que experimentan¹⁶. También resaltan que la población LGTBI experimenta un acceso reducido a la atención sanitaria de calidad y presenta una subutilización de los servicios de atención de la salud, como resultado del temor o la falta de confianza debido a la discriminación generalizada y persistente.

Como señalan Daley y MacDonnell (2011), es por tanto necesario un análisis crítico del discurso asociado a la política sanitaria desde una perspectiva que contemple tanto el género como la diversidad sexual, y que permita desentrañar los supuestos filosóficos subyacentes a estructuras de dominación que pueden permanecer inadvertidas como mecanismos de exclusión.

b. La incorporación de la perspectiva de diversidad genérico-sexual en salud

En las últimas dos décadas ha comenzado a desarrollarse la literatura (particularmente en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido) que introduce la perspectiva de la diversidad genérico-sexual en el análisis de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias¹⁷. Ello parte de que, como se argumentó anteriormente, se reconocen inequidades específicas vinculadas a la población LGTB en las políticas públicas en general y en la sanitaria en particular. Tal como señalan Daley y MacDonnell (2011, 10): “existe ahora suficiente evidencia para mostrar que como población, las personas LGTB experimentan inequidades significativas en su salud, con impactos negativos que han sido ampliamente documentados”. Según las autoras, a pesar de que criterios como la universalidad de la cobertura y la accesibilidad son centrales en algunos sistemas de salud, las personas LGTB no siempre reciben servicios de salud en los mismos términos y condiciones que las personas heterosexuales y cis género:

Las amenazas cotidianas a la salud de las personas LGTB se han vinculado al heterosexismo, bifobia y transfobia, que forman parte de todas las instituciones sociales y contribuyen a la exclusión social, el estigma y las dinámicas discriminatorias, así como a la invisibilidad y la falta de conocimiento por parte de los proveedores de salud (...) (Daley y MacDonnell, 2011, 11)

El trabajo de estas autoras se basa en la identificación de discursos dominantes y de contra discursos en la literatura que conceptualiza la equidad en salud en relación a la diversidad, analizando cómo estos discursos impactan en la inclusión o exclusión de la población LGTB en los marcos conceptuales en los que se basan las nociones de acceso y equidad en la política sanitaria. Para ello, su análisis se estructuró contemplando tres elementos: 1. las representaciones de salud, acceso, cultura y diversidad; 2. las representaciones de gé-

nero, sexualidad, etnia-raza, clase social y discapacidad; 3. las ausencias o silencios relacionados con género, sexualidad, etnia-raza, clase social y discapacidad. En base a ello, Daley y MacDonnell delinear un modelo analítico que identifica cinco tipos ideales discursivos que caracterizan la literatura sobre acceso y equidad en salud, los cuales se sintetizan en la tabla 1.

Tabla 1. Tipos de discurso sobre acceso y equidad en salud asociados a la diversidad

Tipo de discurso	Descripción
Multiculturalidad	Se centra predominantemente en la inequidad entre los diferentes grupos lingüísticos y étnicos para acceder a los servicios de salud. Si bien este enfoque no excluye necesariamente a las personas LGTB, a menudo es indicativo de un discurso sobre la diversidad en el que predomina un abordaje que no contempla a esta población.
Diversidad	Se visualiza a la población LGTB como una comunidad cultural relativamente homogénea, imbricada en una cultura dominante que privilegia la heterosexualidad. Se reconoce que las personas identificadas como LGTB enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud, se identifica a los grupos LGTB como una población vulnerable, y hay referencias a las personas LGTB en las consideraciones sobre equidad. No obstante, el foco está en las experiencias individuales en relación a la salud y no en las experiencias de discriminación y exclusión que las personas LGTB transitan como población. No plantea un cambio estructural de los sistemas sanitarios pero sí medidas puntuales que buscan atender a la diversidad sexual, tales como la formación del personal médico y no médico de las instituciones de salud en una forma de atención que respete la diversidad sexual de las personas.
Determinantes sociales de la salud ¹⁸	Reconoce la relación entre la identidad social y la salud física. Des individualiza nociones como la de factores de riesgo, asociándolos más a factores estructurales derivados de la heteronormatividad que a estilos de vida puntuales. Se indica que es necesario un cambio estructural para garantizar el acceso y la

equidad en salud. Las personas LGTB no son vistas solo como usuarias de los sistemas de salud sino también como administradoras y proveedoras de servicios, así como participan de los mecanismos de gobernanza del sistema.

Anti-opresión

Plantea un discurso basado en la interseccionalidad¹⁹, en donde la orientación sexual e identidad de género son dos factores que, entre varios, pueden señalar la condición de una persona como vulnerable. Se indica que es necesario un cambio estructural para garantizar el acceso y la equidad en salud. Las personas LGTB son vistas como usuarias de los sistemas de salud, pero también como administradoras y proveedoras de servicios, así como participan de los mecanismos de gobernanza del sistema.

Derechos sociales y ciudadanos

Las recomendaciones y estrategias de equidad desarrolladas para el sector de la salud forman parte de un enfoque multisectorial más amplio que busca la mejora del derecho social al acceso a servicios para las/los ciudadanos LGTB, y que incluye cambios en otras políticas sectoriales (educación, empleo, etc.).

Fuente: Elaboración propia, en base a Daley y MacDonnell (2011).

Las autoras plantean estos cinco tipos ideales discursivos como un continuo, reconociendo que en la práctica en una política (e incluso en una misma institución) pueden convivir diversos discursos. Este continuo empieza con el tipo discursivo vinculado a diversidad genérico-sexual y salud menos transformador (el discurso multicultural) y termina con el más transformador (el discurso sobre derechos sociales y ciudadanos), pasando por grados intermedios que están representados por los discursos de diversidad, determinantes sociales de la salud y anti-opresión. A su vez, a medida en que se avanza en el continuo también se complejiza el análisis de la diversidad, incorporándolo dentro de un enfoque interseccional.

El modelo, sin embargo, no analiza estos discursos en vinculación con la amplitud con que se aborda la noción de integralidad en salud. Ello es especialmente relevante al analizar la confluencia entre política sanitaria y población LGTB, dado que al respecto existe una tensión en parte de la literatura sobre diversidad sexual y salud. Por un lado, existen visiones acotadas que

apuntan a actuar sobre los riesgos asociados a ciertos colectivos de la población LGTBI (donde en foco está en destacar concretamente la mayor prevalencia de ITS en general y de VIH/SIDA en particular en la población trans femenina y de “hombres que tienen sexo con hombres”, HSH²⁰) (Cáceres, et al., 2008, 2013). Por otro lado, existe una concepción más abarcadora sobre la salud de las personas LGTBI que, aunque lo reconoce, no se enfoca en la noción de riesgo sanitario por considerarlo estigmatizante hacia esta población (Colpitts y Gahagan, 2016; Mulé, et al., 2009). Ambas visiones pueden plantear transformaciones profundas en la política sanitaria, e incluso ampararse dentro del mismo discurso (de hecho se observa que a menudo ambas hacen referencia al marco de los determinantes sociales de la salud). Sin embargo, tienen efectos distintos sobre la política: mientras que el primero refuerza el abordaje centrado en la enfermedad y en los problemas de salud, el segundo intenta privilegiar un acercamiento distinto sobre la noción de salud, que incorpore a la población LGTB.

Por otra parte, y volviendo al modelo de Daley y MacDonnell (2011), se observa que -incluso desde los discursos menos transformadores, que no plantean cambios estructurales- se hace referencia a la importancia de capacitar y sensibilizar al personal de salud en la perspectiva de la diversidad. De hecho, este es un elemento recurrente en la literatura sobre diversidad genérico-sexual y salud (Colpitts y Gahagan, 2016; Makadon, 2011), que señala a este punto como un factor clave para asegurar que una política sea realmente inclusiva, partiendo del reconocimiento de que el personal de las instituciones es “la cara visible” de la política para las y los usuarios del sistema y de la complejidad que implica incorporar efectivamente la diversidad sexual en la política sanitaria en todos sus niveles de ejecución. Además de lo ya referido en términos generales sobre la reproducción de la heteronormatividad desde las políticas públicas -y en particular, desde la política sanitaria-, diversos estudios indican que no es posible llevar adelante efectivamente un cambio en la política sanitaria en relación a la diversidad sexual y de género si no se reconocen las barreras que existen en el personal médico y no médico para establecer formas de comunicación y atención inclusivas con la población LGTBI (Colpitts y Gahagan, 2016; Makadon, 2011). Diversos estudios -particularmente de corte cualitativo- señalan que el personal de las instituciones sanitarias argumenta que no se siente capacitado para atender usuarios/as que manifiestan orientaciones no heterosexuales o identidades trans, por lo que evitan abordar todo lo vinculado a sexualidad (Gott, et al.,

2004; Beagan, et al., 2012, Colpitts y Gahagan, 2016). Como señalan Beagan, et al. (2012), adoptan una estrategia de “no preguntar, no decir”, confiando en que la atención de calidad puede ser proporcionada sin reconocer las identidades asociadas a la diversidad y sin reconocer por tanto las formas en que la marginación y la opresión pueden influir en la salud y en la atención sanitaria de las personas LGTBI. Ello refuerza asimismo la noción de que la sexualidad no heterosexual, las identidades trans y las corporalidades intersex son algo que escapa a lo esperado, lo que afianza la percepción de excepcionalidad y hace que se visibilice esa “otredad” no ya como patológica en sí misma, pero sí como problemática.

También en América Latina, desde la academia diversos estudios han señalado que en la práctica existen en el sistema sanitario obstáculos y discriminaciones hacia la población LGTB que se asocian a conductas de las y los trabajadores de la salud. Así, Albuquerque, et al. (2013) señalan que el acceso de personas LGTB a la salud continúa teniendo obstáculos como discriminación o conductas inadecuadas por parte de los profesionales y demás trabajadores de la salud. En este sentido, la investigación de Cerqueira-Santos, et al. (2010), que se centra en percepciones de las y los usuarios, señala que no existe un reconocimiento por parte de las y los profesionales de la salud de la población LGTB, por lo que pueden no atender sus necesidades y demandas en el plano de la atención en salud. De hecho, varios estudios apuntan sobre la dificultad de enunciar lo referente a sexualidad, deseo y orientación sexual en el plano de la consulta médica (Cerqueira-Santos, et al., 2010; Ostermann y Rosa, 2012), que al constituirse como “tema tabú” puede invisibilizar incluso el tema que motivó al usuario/a a realizar la consulta (Ostermann y Rosa, 2012). En el caso de la población trans, estudios como los de Muller y Knauth (2008) y Tagliamento (2012) han señalado la necesidad de capacitar a las y los trabajadores de la salud para no reproducir la discriminación que esta población experimenta en otros ámbitos sociales, ya que de la investigación surgió que uno de los principales obstáculos percibidos por las usuarias trans era que no se les respetaba su nombre de uso social. Varios estudios indican que cuando las personas trans se vinculan con el sistema sanitario se enfrentan a dificultades como:

(...) situaciones de discriminación, preconceptos, violencias institucionales, irrespeto al nombre de uso social, atención no humanizada, fragmentada, con profesionales poco calificados/as para tratar sus asuntos,

lo que termina por restringir el acceso y configurar atención con baja resolutivez (...). (Guaranha, 2014, 33).

En función de los obstáculos observados, la literatura sobre diversidad sexual y salud recurrentemente hace referencia a otros dos elementos a la hora de llevar adelante políticas sanitarias que contemplen la diversidad genérico-sexual:

i. la adecuación de los espacios físicos de las instituciones, para que generen un entorno habilitante (a través de folletera, posters, etc., en donde se representen diversas formas de habitar la sexualidad y el género);

ii. la necesidad de adecuación de los instrumentos de relevamiento de datos (tanto con fines estadísticos como administrativos) e historias clínicas, para que incluyan la diversidad genérico-sexual.

Como señalan Jackson, et al. (2006), las actitudes negativas que expresan las/los profesionales de la salud, combinadas con la discriminación sistémica, dejan a los usuarios/as LGTBI sujetos a prejuicios, discriminación y atención deficiente. En este marco, los formatos de historia clínica,

(...) suelen excluir las experiencias de las personas genérica y sexualmente diversas, desalentando así la divulgación de la identidad de género, la orientación sexual y las conductas o circunstancias relacionadas con la salud. En consecuencia, las personas LGTB pueden evitar o retrasar prácticas de auto cuidado (por ejemplo, la detección de diversas condiciones de salud) y/o permanecer en silencio sobre importantes problemas de salud. Por lo tanto, los problemas de salud pueden no ser diagnosticados, ser mal diagnosticados, y/o no tratados hasta que son más graves y menos susceptibles de tratamiento. Estos problemas se complementan con un conocimiento limitado por parte de los proveedores de atención de la salud sobre el género y las cuestiones de salud de la población sexualmente diversa (...) (Jackson, et al., 2006, 44)

Por todo lo anteriormente referido, se insiste en que las políticas que busquen interpelar el constructo heteronormativo e incluyan la perspectiva de diversidad en salud deben incorporar sustantivamente a todos los niveles de ejecución (desde el macro, de diseño de la política, hasta el micro, de ejecu-

ción en cada una de las instituciones sanitarias involucradas).

c. El aporte analítico del gender mainstreaming

Este énfasis en el “multinivel” no es novedoso, y ya había sido señalado en relación a la perspectiva de género desde el enfoque de *gender mainstreaming* como estrategia para reconocer y afrontar las desigualdades de género en las políticas²¹. El *gender mainstreaming* implica incorporar la perspectiva de género en la corriente principal de una política²². Según el Consejo de Europa, este enfoque:

(...) implica la reorganización, fortalecimiento, desarrollo y evaluación del proceso de las políticas públicas, a fin de que la perspectiva de la igualdad de género sea incorporada en todas las políticas, a todos los niveles y en todas sus fases, por los actores normalmente involucrados en su elaboración” (García Prince, 2008, 56)

A esta definición del Consejo de Europa, el PNUD añade que una iniciativa efectiva de *mainstreaming* requiere la interacción compleja de diversas habilidades y competencias, “usualmente coordinadas en un equipo de trabajo integrado para tal fin” (ídem). Como parte de esta estrategia, se prevé la designación de figuras expertas (*gender focal points*²³) para que faciliten y monitoreen la implementación de la misma, así como generar mecanismos de seguimiento. Estos elementos son centrales para enfrentar el problema del “desvanecimiento” de la política, que refiere a que no haya responsabilidades claras respecto al *mainstreaming*, lo cual implica en la práctica que nadie se haga cargo de llevarlo adelante.

Siguiendo a García Prince (2008), para efectivamente lograr que una política alcance la igualdad (de género, en este caso), deben considerarse elementos como:

(...) la sensibilización en materia de desigualdades de género y de sus implicaciones políticas, sociales, culturales y económicas y/o la capacitación teórica, metodológica y técnica que haga falta para el personal, en todos los niveles de la estructura organizacional (...) (García Prince, 2008, 61)

Dado que el enfoque del *gender mainstreaming* tiene puntos de contacto sustantivos con un abordaje en políticas públicas que incorpore la perspectiva de la diversidad sexual y de género, también aporta otras claves que pueden aplicarse a la hora de estudiar las formas de implementar estrategias para la igualdad en dicho marco. Concretamente, el enfoque plantea que el diseño de las políticas de igualdad parta de un diagnóstico de las desigualdades existentes, expresando con claridad lo que implica la igualdad (a través de los objetivos o metas de la política, que podrán ser luego evaluados o medidos a través de instrumentos específicos), y que se hagan efectivos en todos los niveles de ejecución de una política. Es decir, si bien el adoptar una estrategia de *mainstreaming* de estas características responde a la existencia de una voluntad política de avanzar en este sentido, el proceso en sí recae en la generación de capacidades técnicas en el funcionariado vinculado a las políticas en donde se incorpora el enfoque.

Modelo analítico de transversalización de la perspectiva de diversidad genérico-sexual en conceptos clave de la política sanitaria

En base a las consideraciones realizadas en la literatura analizada, en la tabla 2 se presenta un modelo analítico de elaboración propia que pretende incorporar la perspectiva de la diversidad sexual en las nociones clave de la política sanitaria y los sistemas de salud, desde una óptica que apunta a estudiar su transversalización en los servicios. Se toma para ello como base el concepto de acceso, interpretando la equidad en este contexto como la superación de las inequidades específicas que se visualizan desde el enfoque de la diversidad sexual, a partir de lo cual se elabora un modelo que permite representar distintas dimensiones y sub dimensiones asociadas al acceso si se contempla la diversidad sexual en salud. A su vez, la lógica del modelo plantea una secuencia en el estudio de las sub dimensiones que asocia el análisis al ciclo de elaboración de las políticas públicas: análisis, diseño, puesta en práctica (Aguilar Villanueva, 1993), en donde la evaluación es el eslabón final del proceso. Asimismo, el modelo incorpora el concepto de integralidad, no ya como dimensión del acceso sino a través de una conceptualización que refleja las tensiones específicas que se visualizan en la literatura sobre diversidad genérico-sexual y salud.

Tabla 2. Modelo de incorporación de la perspectiva de la diversidad sexual en los servicios de salud

Concepto	Dimensión	Sub dimensión
Acceso	Disponibilidad potencial de servicios	Existencia de diagnóstico que contemple la intersección entre diversidad sexual y salud
		Diseño de estrategia que busque abordar las diferencias en el acceso a la salud de las personas LGTBI
Barreras en la utilización de servicios		Posibilidad de alianzas con otros actores relevantes para la política sanitaria con el objetivo de ampliar la repercusión de la estrategia
		Receptividad frente a la implementación de la estrategia en todos sus niveles de ejecución
		Percepción sobre incorporación de la perspectiva de diversidad sexual en salud en todos los niveles de ejecución de la política sanitaria
Integralidad	Amplitud del encuadre sobre diversidad sexual en salud	Existencia de prácticas de incorporación de diversidad en la atención en salud
		Abordaje acotado sobre diversidad sexual en salud (centrado en el riesgo, particularmente frente a ITS/VIH/SIDA) o más abarcador (no centrado en el riesgo)

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, se trata de un modelo centrado en la oferta de servicios y no en la demanda de los mismos; ello se fundamenta en cuestiones operativas, debido a que la incorporación de la medición de la demanda como sub dimensión de la utilización de los servicios necesitaría de una caracterización previa de la misma, que por lo general no es posible realizar adecuadamente en base a los datos disponibles actualmente (dado que no existe por lo general un adecuado relevamiento de datos vinculados a la orientación sexual, identidad de género o diversidad corporal en los registros sanitarios).

El modelo contempla las dimensiones identificadas en la literatura especializada en política y sistemas de salud en relación al acceso (acceso potencial y utilización), y las operacionaliza teóricamente en función de las consideraciones identificadas en la literatura sobre diversidad genérico-sexual y salud, estructurando el análisis en base a la lógica del ciclo de elaboración de las políticas públicas.

Así, las dimensiones en cada uno de los conceptos pretenden analizar tanto la presencia como la ausencia de la perspectiva de la diversidad sexual y de género en salud, contemplando la complejidad reseñada en la literatura y permitiendo por lo tanto el análisis multinivel de las dimensiones y sub dimensiones asociadas a cada concepto. A diferencia del modelo centrado en tipos discursivos propuesto por Daley y MacDonnell (ver la tabla 1), el modelo de la tabla 2 permite tanto el análisis de una política, estrategia o experiencia particular, como el desentrañar diferencias sustantivas en el diseño e implementación de distintas políticas o experiencias que buscan incorporar la diversidad sexual en salud y se amparan bajo un mismo discurso.

Referencias

- Aday, L. y Andersen, R (1975). *Development of Indices of access to medical care*. Chicago: Health Administration Press.
- Aguilar Villanueva, L. (1993). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México DF: Porrúa.
- Beagan, B., Fredericks, E. y Goldberg, L. (2012). Nurses work with LGBTQ patients: “they’re just like everybody else, so what’s the difference?” *Can J Nurs Res*, (2012)44, 44–63.
- Beramendi, C. (2012). *Una visita al mainstreaming de género desde el contexto*. Cuarto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “La Ciencia Política desde el Sur”, Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 14-16 de noviembre de 2012. Recuperado de http://www.aucip.org.uy/docs/cuarto_congreso/13131712%20-%20Beramendi,%20Carmen.pdf
- Betone, C., et al. (2012). *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local*. Recuperado de <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=6893&tipo=objetoMultimedia>
- Betti, L., et al. (2011). *El acceso a la atención de la salud de la población de la diversidad sexual. Construcción de políticas públicas a partir de un diagnóstico participativo*.
- Butler, J. (1988). Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. *Theatre Journal*, (40)4, 519-531.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Ciudad de México: Paidós.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.

- Cáceres, C., et al. (2008). *Review of Legal Frameworks and the Situation of Human Rights related to Sexual Diversity in Low and Middle Income Countries*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- Cáceres, C., et al. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Rev. peru. med. exp. salud pública*, 30(4), 698-704.
- CIDH (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonasLGTBi.pdf>
- Coll-Planas, G. y Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers : revista de sociologia*, (100)1, 35-52.
- Colpitts, E. y Gahagan, J. (2016). I feel like I am surviving the health care system: understanding LGBTQ health in Nova Scotia, Canada. *BMC Public Health*. Recuperado de <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3675-8>.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, (1989)1, 8. Recuperado de <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
- Daley, A. y MacDonnell, J. (2011). Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities. *Int J Equity Health*. (2011), 10-40.
- De Barbieri, T. (1999). Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido. *Mujer y Salud*, 2.
- Elder, C. y Cobb, R. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos. En L. Aguilar Villanueva (ed) *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México DF: Porrúa.

- Fish, J. (2007). Getting equal: the implications of new regulations to prohibit sexual orientation discrimination for health and social care. *Diversity in Health and Social Care*, 4, 221–8.
- Foucault, M. (1995). *Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Fraser, N. (2000). Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review*, 3, 55-68.
- García Prince, E. (2008). *Políticas de igualdad, equidad y gender mainstreaming. ¿De qué estamos hablando? Marco conceptual*. Recuperado de http://pmayobre.webs.uvigo.es/descargar_libros/evangelina_garcia_price/politicas.pdf
- Giovanella, L., et al. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud,
- Goffman, E (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall.
- Gott, M., et al. (2004). Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*, 21(5), 528-536.
- Gulliford, M. Figueroa-Muñoz, J. y Morgan, M. (2003). Introduction: meaning of “access” in health care. En M. Gulliford y M. Morgan (eds) *Access to health care*. Nueva York: Routledge.
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policy-making in Britain. *Comparative politics*, 25(3), 275-296.
- Harris, R. (2013). Operationalisation of the construct of access to dental care: a position paper and proposed conceptual definitions. *Community dental Health*, 30, 94-101.

- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento* (Trad. española de M. Ballester). Barcelona: Crítica.
- Jackson, B., et al. (2006). Whose Public Health? An Intersectional Approach to Sexual Orientation, Gender Identity and the Development of Public Health Goals for Canada. (Discussion Paper submitted to Health Canada), Rainbow Health Network (RHN)/Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario (CLGRO), Toronto.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. Nueva York: Harper Collins.
- Kraft, M. y Furlong, S. (2006). *Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives*. Washington, DC: CQ Press.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Mahoney, J. (2000). Path dependence in historical sociology. *Theory and society*, 29(4), 507-548.
- Makadon, H. (2011). Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(4), 220-224.
- Marshall, T. H. y Bottomore, T. B. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza.
- Mendoza Parra, S. (2016). Cobertura, acceso y equidad universal en salud, una caracterización de la producción científica de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermegem*, 24.
- Mohoney, J. y Thelen, K. (2010). *Explaining institutional change. Ambiguity, agency and power*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Mooney, G. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1, 179-85.
- Mulé, J., et al. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity in Health*, (2009)8,18. Recuperado de <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/18>.
- Núñez, G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF: Programa Universitario de Estudios de Género.
- OMS (2016). FAQ on Health and Sexual Diversity - An Introduction to Key Concepts. Ginebra: OMS.
- OPS (2013). *Documento CD52/18* del 52º Consejo Directivo de la OPS.
- OPS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. *Documento del 53º Consejo Directivo de la OPS*.
- Pechansky, R. y Thomas, W. (1981). The concept of access. *Medical Care*, 19, 127-40.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence and the study of politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251-267.
- Plummer, K. (1995). *Intimate citizenship: private decisions and public dialogues*. Washington, DC.: University of Washington Press.
- Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5, 631-60.
- Saltzman, J. (1992). *Equidad y Género*. Madrid: Cátedra Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lama (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: PUEG.

- Sedgwick, E. K. (1998). *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- Sempol, D. (2013a). *De los baños a la calle. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo (1984-2013)*. Montevideo: Random House Mondadori.
- Sempol, D. (coord.) (2013b). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Sempol, D., Calvo, M., Rocha, C. y Schenck, M. (2016). *Corporalidad trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Steinmo, S. y Watts, J. (1995). It's the institutions, stupid! Why the United States can't pass comprehensive National Health Insurance. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 20(2), 329-372.
- Streek, W. y Thelen, K. (2005). *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Nueva York: Oxford University Press.
- Toro, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia Psicológica*, (30)2, 71-76.
- Ulin, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington DC.: OPS.
- Verloo, M. (2005). Mainstreaming Gender Equality in Europe. A Frame Analysis Approach. The Greek Review of Social Research. Special Issue: Differences in the Framing of Gender Inequality as a *Policy Problem across Europe*, 117(2), 11-34.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

- Warner, M. (1990). Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*, 9(4), 3-17.
- Weeks, J. (1998). *The sexual citizen theory*. *Culture and society*, 15, 35-51.
- Weeks, J. (1986). *Sexuality*. London: Routledge.
- Whittemore, R., Chase, S. K. y Mandle, C. L. (2001). *Validity in qualitative research*. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.
- Zola, K. (1981). El culto a la salud y la medicina inhabilitante. En Illich, I et al., *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Blume Ediciones.

Notas

¹ El término refiere a los varones que se sienten atraídos afectiva y/o sexualmente por otros varones.

² El término refiere a las mujeres que se sienten atraídas afectiva y/o sexualmente por otras mujeres.

³ El término refiere a las personas que se sienten atraídas afectiva y/o sexualmente por varones y mujeres.

⁴ El término refiere a las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo asignado al nacer. Las personas cuya identidad de género se corresponde con el sexo asignado al nacer se denominan cis género.

⁵ El término refiere a las personas cuya anatomía sexual no se ajusta a lo esperado para un cuerpo ni de varón ni de mujer, ya que nacen con características biológicas de ambos sexos.

⁶ Esta “invisibilidad” es algo que comparten tanto las políticas públicas como la literatura especializada. De hecho, la mayoría de la literatura que aborda la diversidad genérico-sexual deja por fuera a las personas intersex.

⁷ Esto ha sido catalogado por la Comisión Interamericana de Derechos Hu-

manos (CIDH) como una forma de violencia por prejuicio contra la diversidad corporal, y se ha recomendado a los estados miembros de la OEA que modifiquen su legislación y políticas para que no se realicen procedimientos innecesarios en niños, niñas y adultos intersex, cuando sean realizados sin su consentimiento, previo, libre e informado (salvo en casos de riesgo médico o necesidad).

⁸ En este trabajo, se utilizarán variaciones de esta sigla que responden en gran medida al empleo de estas categorías en el discurso de las políticas públicas o de la literatura especializada: en ese sentido, se observa que por lo general “diversidad sexual” se asocia a las personas LGBT, pero también a las personas LGB (es decir, sin considerar a las personas trans), o con menor frecuencia, a las personas LGBTI (ya que como se indicó previamente, las personas intersex han sido en gran medida invisibilizadas, hasta por la propia literatura que aborda diversidad sexual). En la literatura de corte epidemiológico, se utilizan asimismo categorías como HSH (“hombres que tienen sexo con hombres”) en vez de referirse a términos que se interpretan en clave identitaria (como “gay”, “bisexual” u “homosexual”).

⁹ Ver: <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>. Última fecha de consulta: 16/11/2017.

¹⁰ Para una revisión más exhaustiva de la normativa internacional y regional sobre diversidad sexual y salud, ver: Rocha, 2015 y Forrisi y Gelpi, 2015.

¹¹ Esta y toda subsiguiente cita de una fuente en otro idioma ha sido traducido al español por la autora.

¹² Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/18>. Última fecha de consulta: 02/12/17.

¹³ Un ejemplo de ello es la campaña internacional “Stop Trans Pathologization”, que plantea retirar la clasificación de los procesos de tránsito entre los géneros como trastorno mental del DSM y la CIE, el acceso a una atención sanitaria públicamente cubierta para las personas trans, la promoción del modelo del consentimiento informado, el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, la despatologización de la diversidad de género en la

infancia y la protección contra la transfobia. De esta campaña, cuya acción principal consiste en la convocatoria a un Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans en octubre de cada año, participan más de 400 organizaciones de África, América Latina, América del Norte, Asia, Europa y Oceanía (ver: <http://stp2012.info/old/es>. Última fecha de consulta: 02/12/17).

¹⁴ Debe indicarse no obstante que los sistemas de salud difieren en la prioridad que le dan al acceso universal a la salud; en este sentido, los dos tipos ideales son el modelo basado en derechos, y el modelo basando en el mercado. En los sistemas que se basan en el acceso universal asociado a las políticas de bienestar, la equidad se relaciona con el acceso en términos de que todas y todos los usuarios tengan la misma oportunidad de acceder al mismo, vinculando la igualdad de oportunidades con eliminar las barreras económicas para ello (apostando así por sistemas de salud integral financiados públicamente). Estos sistemas se basan en la noción de la salud como un derecho humano, previendo por ello responsabilidades estatales tanto para asegurar como para proveer las bases para garantizar dicho derecho. En contraste, los sistemas que se orientan por mecanismos de mercado tratan a la salud como una mercancía, por lo que la provisión de la misma se deja librada al mercado y a la capacidad individual de pago, garantizando focalizadamente ciertos servicios para aquellos que no pueden costearlos.

¹⁵ “La homofobia, como el racismo y la misoginia representan obstáculos mayores para el pleno disfrute de los derechos humanos que toda persona ciudadana debe tener garantizados. De hecho algunos investigadores sobre el tema han planteado que en la sociedad occidental en donde se condena el racismo y el antisemitismo, y en donde la misoginia ha perdido legitimidad, la homofobia permanece quizás como el último prejuicio aceptado socialmente” (Toro, 2012: 72).

¹⁶ En los varones homosexuales, ciertos tipos de cáncer, mayor consumo de alcohol y tabaco, mayor propensión a las ITS; en las mujeres lesbianas, se observa mayor propensión al cáncer cervical y ovárico, mayor consumo de alcohol y tabaco, problemas de salud reproductiva; en las personas bisexuales, mayor riesgo frente a infecciones de transmisión sexual y barreras particulares para acceder a la atención de salud debido a la falta de conocimiento por parte de los proveedores de salud; en las personas trans, dificultades de ac-

ceso a cirugías de readecuación corporal, ciertos cánceres relacionados con las terapias de hormonización, complicaciones asociadas al uso de esteroides, complicaciones por intervenciones quirúrgicas, el experimentar rechazo cuando asisten al sistema para atenderse por problemas de salud de baja complejidad; en las personas intersexuales, falta de educación y formación de los profesionales de la salud, cirugías no consensuales de readecuación corporal, retención de información, presiones para adecuarse a un género cis (Mulé, et al., 2009).

¹⁷ Para acceder a esta literatura, en primera instancia se realizó una búsqueda amplia en bases de literatura académica especializada en salud (mediante el buscador Pubmed). Los términos de búsqueda incluyeron: “public policy”, “access to health”, “health policy”, “universal care”, “equity in health care”, “human rights”, “sexual diversity”, “homosexuality”, “lesbian”, “gay”, “bisexual”, “transgender”, “transsexual”; “gender identity”, “intersex”, “queer”, “LGBT”, “LGBTQ”, LGBTQI”. Las especificaciones de la búsqueda incluyeron que se tratara de artículos que efectuaban revisiones de literatura, cuyo texto completo fuera accesible: se recuperaron así 56 artículos que cumplían con estos criterios. Posteriormente se amplió la búsqueda para incluir literatura en español, utilizando los mismos términos de búsqueda, recurriendo a la base de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) e incluyendo literatura gris (artículos de debate, artículos en publicaciones no arbitradas). Para lograr la mayor amplitud posible, la búsqueda de bibliografía se realizó sin restricción de marco temporal. Debe indicarse no obstante que en su gran mayoría, se observó que esta literatura no reconoce a las personas intersex. Debido a ello, en este apartado se hace referencia prácticamente en exclusividad a las personas LGTB.

¹⁸ En su formulación inicial, este modelo fue propuesto por Lalonde (1981) y ampliado posteriormente por Epp (1986).

¹⁹ Ello se inspira en el planteo de Crenshaw (1989), quien a través de este enfoque analiza la generación de situaciones y experiencias únicas de discriminación a partir de la intersección entre diferentes sistemas de opresión.

²⁰ El término HSH es de uso frecuente en la literatura vinculada al VIH/SIDA, particularmente desde el ámbito epidemiológico. Sin embargo, debe indicarse

aquí que el término -y su vinculación con la forma en que se aborda tanto la infección como la prevención- ha recibido críticas, debido a que se considera que “reduce el hecho homoerótico a la marginalidad de una minoría” (Núñez, 2007: 350) sin permitir ver su amplia presencia en el cuerpo social y dinámicas deseantes. Según indica Núñez, a través de este término se circunscriben prácticas a un grupo que se reconoce con otras identidades, siendo el abordaje a su vez insuficiente para designar a un grupo con una identidad estable como tal. En este trabajo se emplea el término solo cuando se utiliza como categoría en la literatura o información analizada.

²¹ Según indica García Prince, “Las políticas de igualdad surgen y se desarrollan dentro de los contextos políticos de aquellos Estados con vocación social y han sido instrumentos de avanzada en el Estado del Bienestar. Representan las respuestas claves a las desigualdades, y en el caso de las desigualdades de género, se constituyen en instrumentos insustituibles para el logro de la igualdad sustantiva o de hecho. La necesidad de la existencia de políticas de igualdad ha sido demostrada ampliamente por la coincidencia de los diagnósticos que han puesto en evidencia que aún en los casos donde las políticas sociales y económicas tienen carácter universal y distributivo o redistributivo de los recursos que se asignan, las discriminaciones de género no desaparecen. Las políticas de igualdad han representado un avance significativo frente a las anteriores tradiciones de políticas públicas que eran políticas ‘ciegas al género’ o ‘neutrales al género’” (2008: 40).

²² Teóricamente, ello distingue al *mainstreaming* del enfoque de transversalización, que no refiere necesariamente a la corriente principal de una política (Beramendi, 2012). Sin embargo, en español muchas veces los términos se utilizan de modo intercambiado, particularmente en el ámbito de las/los hacedores de políticas.

²³ Ver: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/gmfpstudy.htm>. Última fecha de consulta: 16/10/2017.